



## Investigación Original

# Implementando la Atención Integral de Salud: Intervención en un área Urbano-marginal vulnerable de Lima, Perú. Implementing a Comprehensive Health Care: Intervention in an Underserved Urban Area in Lima, Peru.

Miguel A. Suárez-Bustamante  
Méd.Dr., MF, Mag.Sal.Púb (1),  
Arturo Jurado-Vega Méd.Dr,  
MF.(2),\*

### RESUMEN

**Objetivo:** Presentar una experiencia docente asistencial efectora de atención integral de salud en una población urbana pobre del Perú, a través de la implementación del Centro Piloto de Medicina Familiar de Ventanilla de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH).

**Diseño:** Estudio de Investigación operativa, descriptiva y transversal.

**Ámbito:** Asentamientos humanos aledaños a la zona del Proyecto Especial Ciudad Pachacútec, distrito de Ventanilla. Provincia Constitucional del Callao, Lima, Perú.

**Participantes:** Docentes, tutores, residentes de Medicina Familiar, comunidad organizada, establecimiento local del MINSA.

**Principales mediciones:** Operativización de los componentes del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS).

**Resultados:** Propuesta concreta de procesos que articulan los principios de medicina familiar y la atención integral de salud para lograr operativizar los componentes del MAIS. Validación de dichos procesos en la práctica de la atención de una población urbana pobre, con énfasis en la promoción de la salud y prevención, el enfoque familiar y comunitario, el enfoque centrado en la persona, el trabajo basado en equipos con adscripción territorial, el modelo de gestión orientado a la Atención Primaria y el enfoque docente-asistencial.

**Conclusiones:** Se logró construir una experiencia exitosa en el proceso de ofrecer atención integral de salud en beneficio de la comunidad y del alcance formativo de residentes de Medicina Familiar la UPCH. En la actualidad, esta experiencia está nutriendo nuevas iniciativas que se proponen expandir la implementación del MAIS en el Perú.

**Descriptor:** Atención Primaria de Salud, Práctica de la Medicina Familiar, Modelos de Reforma, Atención Integral de Salud, Perú.

Investigación original sujeta a arbitraje.  
Fecha de presentación: 15 de Mayo 2010  
Fecha de aceptación: 30 de Junio 2010  
Fecha de publicación (on line): 1 de Setiembre 2010  
MPA e-Journal Med. Fam. & At. Prim.  
Int. 2010, 4 (1): 33-54.

Este artículo está disponible en [www.idefiperu.org/mpa.html](http://www.idefiperu.org/mpa.html)

### Filiación de los Autores:

\*Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), Facultad de Medicina, Residencia y Maestría de Medicina Familiar, Lima, Perú (1). Universidad San Antonio de Abad, Residencia de Medicina Familiar, Cusco, Perú (Prof. Invitado) (1). Instituto de Desarrollo Familiar y Social del Perú (IDEFIPERU), Lima, Perú. (1,2). Policlínico Wiese, Puente Piedra, Lima, Perú (1), Seguridad Social en Salud (ESSALUD) Policlínico JJ Rodríguez, Lima, Perú (2).

Méd.Dr.: Médico Titulado. Mag.Sal.Púb.: Magister en Salud Pública. MF: Especialista en Medicina Familiar.

Correspondencia para el autor: Dr. Miguel A. Suárez-Bustamante: [miguarezb@yahoo.com](mailto:miguarezb@yahoo.com)



## ABSTRACT

**Objective:** To present a teaching-working experience, providing a comprehensive health care in an urban poor population of Peru, based in the implementation of the Centro Piloto de Medicina Familiar de Ventanilla of the Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH).

**Design:** Operative Research, descriptive, cross sectional study.

**Settings:** Poor houses near to the Ciudad Pachacútec special project, Ventanilla district, Constitutional Province of Callao, Lima, Peru,

**Participants and sample:** Professors, tutors, Family Medicine resident doctors, organized community, local MINSA health center.

**Main outcome measures:** Operation of the components of the comprehensive health care model (MAIS).

**Results:** Concrete proposal of processes to articulate the Family Medicine principles with the comprehensive health care principles, to achieve the operation of the components of the MAIS. Validation of these processes in the practice of the health care of an urban poor population, with emphasis on health promotion, prevention, family and community approach, person-centered approach, territorial focus team-based work, management oriented to primary health care, and teaching-working approach.

**Conclusions:** It was possible to build a remarkable experience in the process of providing comprehensive health care to benefit the community and the formative cycle of the Family Medicine resident doctors of the UPCH. At present, this experience is nurturing new initiatives that proposed to expand the implementation of the MAIS in Peru.

**Key words:** Primary health care, Family Practice, Models of health reform, comprehensive health care, Peru.

## INTRODUCCIÓN

La proyección de los médicos familiares es limitada si su trabajo no es acompañado por un modelo de servicios de salud acorde con sus principios [1]. Por ello, una de las grandes aspiraciones en el contexto actual peruano de la docencia en Medicina Familiar, es consolidar servicios que permitan a los médicos familiares en formación desenvolverse plenamente, de acuerdo a los principios de su disciplina [2]. Estos servicios de Medicina Familiar, que existen rutinariamente en otros países donde progresivamente se ha ido reemplazando los antiguos modelos hospitalocéntricos y fragmentados por otros con base en Unidades de Salud Familiar que sirven de puerta de entrada al sistema, trabajan con sectores de la población y adscriben familias a equipos de prestadores, aún es una realidad distante en Perú [3]. En este país, los servicios públicos donde se forman los médicos familiares, si bien adhieren a principios y valores como la universalidad en el acceso, equidad, eficiencia y respeto a los derechos, en la práctica no garantizan la adscripción a una unidad de atención, ni una atención longitudinal, continua e integral que aborde efectivamente las necesidades de salud de su población, ni responden a la multidimensionalidad de las personas como seres biopsicosociales [4].

Para contrarrestar esta situación, desde la promulgación oficial en el año 2003 del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), se ha buscado en Perú lograr una reingeniería de los procesos de Atención Primaria de Salud, con los correspondientes cambios en las políticas, normatividad, perfil de los recursos humanos y otros necesarios para ofrecer cuidados de mayor calidad, integralidad y continuidad a la persona, familia y comunidad [4]. Tomando como bandera algunos principios y valores centrales ligados a la Atención Primaria, tales como la universalidad en el acceso, equidad, eficiencia y respeto a los derechos, el MAIS constituye el marco para la implementación de diversas políticas, estrategias y procesos sectoriales orientados a satisfacer efectivamente



las principales necesidades de salud de la población [5].

Desafortunadamente, exceptuando los progresos en contadas regiones, la implementación del MAIS ha tenido un avance muy limitado [6-8]. Los obstáculos para dicha expansión probablemente sean consecuencia de la carencia de “experiencias vitrina”, donde los recursos humanos en formación aprecien objetivamente cómo se desarrollan los procesos propuestos, y adquirir gradualmente las competencias que el modelo propone, tal y como existe en otros países [9-13].

Como respuesta a la anterior situación, el Programa de Segunda Especialización en Medicina Familiar de la Facultad de Medicina Alberto Hurtado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH) implementó el Centro Piloto de Medicina Familiar de Ventanilla (CPMFV-UPCH). En este establecimiento, que operó entre octubre del 2007 y febrero del 2010, se desarrolló una experiencia pionera orientada a generar un Centro Docente-Asistencial donde operativamente se oferte una Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar. En este espacio físico-organizacional, el equipo de tutores y residentes de Medicina Familiar, en alianza con el establecimiento de salud del Ministerio de Salud de la localidad, la parroquia del sector y otras organizaciones comunitarias locales avanzaron en la implementación de los procesos que se postulan en el marco del MAIS, como un modo de ofrecer una atención integral, continua y de calidad a la población, satisfaciendo efectivamente sus necesidades de salud, dentro de un marco de Atención Primaria.

Más allá de los resultados para las comunidades y familias beneficiarias y el campo fértil de aprendizaje para los médicos residentes, el proceso desarrollado representa un avance concreto en la implementación del MAIS en el Perú, que debe constituir un referente para la política de salud nacional. Este reporte se busca difundir el conjunto de lecciones adquiridas por esta iniciativa, las cuales consideramos de sumo valor para los siguientes desarrollos adquiridos en este campo.

### Marco referencial para esta experiencia

Antes de iniciar de lleno la descripción de esta experiencia, debemos pasar revista a algunos conceptos de notable relevancia, necesarios para entender mejor los planteamientos aquí vertidos. El primero es el de la propia Medicina Familiar (MF), la cual es la especialidad que se fundamenta en principios como continuidad, acción anticipatoria e integralidad de la intervención, y habilita al profesional para proveer cuidados de salud continuos, integrales y en el contexto de la familia, a toda la población, sin limitaciones de sexo, edad u otro tipo [14,15]. Cabe destacar, que a través de múltiples evidencias acumuladas en las últimas décadas, se conoce que los sistemas de atención primaria basados en personal especializado en Medicina Familiar y en Salud Familiar (con especialidades equivalentes para otras ramas profesionales complementarias como la enfermería y obstetricia), son más resolutivos, alcanzan niveles más altos de satisfacción del usuario, y consiguen una notoria optimización del uso de los recursos [1,16-19].

Estos sistemas tienen algunos elementos en particular que nosotros consideramos importante rescatar al momento de plantear esta intervención. En primer lugar se basan en un concepto amplio de salud en el cual se considera, adaptando ligeramente la definición del Buró de Atención Primaria de EEUU que “la salud es la ciencia y arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida, y promover la salud física, mental, espiritual y social, a través de adecuadas prestaciones, evaluaciones, desarrollo de políticas y aseguramiento universal” [20].

El siguiente concepto a resaltar es el de la Atención Primaria de salud (AP). En la conferencia de Alma Ata de 1978 la AP se definió tanto como un nivel de atención a la salud y como una estrategia para el desarrollo de la salud. Así se planteó que:

“Es la atención esencial de salud basada en métodos prácticos, científicamente confiables y socialmente aceptables, así como tecnología universalmente accesible para los individuos y las familias en la comunidad a través de



su total participación y a un costo que la comunidad y el país pueden mantener... forma parte integral del sistema de salud del país... y del desarrollo social y económico de la comunidad. Es el primer nivel de contacto con los individuos, la familia y la comunidad... llevando los servicios de salud tan cerca como sea posible hasta donde la gente vive y trabaja y constituye el primer elemento de un proceso continuo de atención a la salud". [21].

Desde entonces, los dos significados asociados con la AP —como un nivel de atención a la salud y como una estrategia— han sido la fuente de percepciones y debates encontrados, han sido fuente de definiciones poco operativas de lo que es AP, considerando desde interpretaciones estrechas hasta puntos de vista amplios, con una gama de conceptos intermedios. En el presente artículo adherimos a la definición del Institute of Medicine (IOM) de EEUU, que nos parece más precisa y operacional:

"Atención Primaria de Salud (Primary Health Care) es la provisión de servicios de salud integrados y accesibles, por profesionales eficientes en la cobertura de la mayoría de las necesidades de salud de las personas, que desarrollan una relación continuada con sus pacientes, y que realizan su práctica dentro del contexto de la familia y la comunidad" [22].

El horizonte perseguido por esta experiencia, el cual busca ofrecer una atención integral en el contexto de una sólida Atención Primaria, es más favorablemente entendido cuando se desarrolla en el marco de un Enfoque Familiar. A partir de varios autores puede definirse que:

El enfoque familiar busca incrementar la salud de una población basándose en la premisa de que los servicios de salud deben ayudar a las personas y familias a satisfacer sus necesidades de salud.

Para lograr este propósito, el enfoque familiar plantea cuatro momentos para su desarrollo:

1. Identificar las necesidades de salud presentes (problemas) y potenciales (factores de riesgo) de la población: personas y familias.

2. Planificar la respuesta ante dichas necesidades. Parte de esa respuesta puede ofrecerse como prestaciones del servicio, parte como autocuidado, parte como cuidado familiar o por otros actores sociales y parte como acción comunitaria o de promoción de la salud.

3. Desarrollar las intervenciones del plan integral y familiar. Éste se ofrece de manera continua por todos los actores, y longitudinalmente según el ciclo de vida de personas y familias.

4. Evaluar los avances en el plan integral y familiar y reprogramar la respuesta según los hallazgos y resultados.

Otro concepto de relevancia para entender la experiencia que se presenta en este artículo es el de Atención Integral. En el documento del MAIS, que constituye el referente de política nacional peruano sobre el tema, se define como Atención Integral de Salud a:

"La provisión continua y con calidad de una atención orientada hacia la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, para las personas, en el contexto de su familia y comunidad. Dicha atención está a cargo de personal de salud competente a partir de un enfoque biopsicosocial, quienes trabajan como un equipo de salud coordinado y contando con la participación de la sociedad". [4].

En términos de la intervención que aquí se presenta definimos como Atención Integral a la cobertura de todos los requerimientos preventivos (tamizaje-screening, medidas de protección) y promocionales (necesidad de desarrollo, cambios de estilos de vida, escenarios saludables) sumados a las acciones recuperativas necesarias para la resolución de problemas agudos, emergencias, y el adecuado control y prevención secundaria en los problemas crónicos, así como las acciones de rehabilitación en portadores de alguna discapacidad o disfuncionalidad. Las acciones anteriores se aplican tanto a los escenarios de problemas de salud tanto individuales como familiares, y considerando los desarrollos propios del ámbito comunitario.

Por último, es crucial captar que el objetivo de toda experiencia con estas

aspiraciones, se orienta hacia encontrar fórmulas más eficientes, equitativas y viables para que los servicios de salud del primer nivel de atención puedan cumplir satisfactoriamente con los atributos de la atención primaria propuestos por la Dra. Starfield: "Adecuada accesibilidad y primer contacto (rol de filtro), longitudinalidad en el cuidado de las familias, integralidad de la atención y coordinación entre prestadores" [1,23]. Ello es coincidente con lo promovido por la Organización Panamericana de la Salud en el marco de la AP renovada que afirma que es importante:

"La transformación de los sistemas de salud, de modo que puedan hacer de la AP su fundamento... reajustando los servicios de salud hacia la promoción y la prevención..., de la integración de los servicios de salud pública y la atención personal, del desarrollo de una orientación hacia las familias y las comunidades, y de la creación de un marco institucional que incentive la mejoría de la calidad de los servicios" [24].

Figura 1a. Lugar de la Experiencia. Asentamientos Humanos cercanos a Ciudad Pachacutec en Ventanilla, Lima. 2010.



Figura 1b. Lugar de la Experiencia. Asentamientos Humanos cercanos a Ciudad Pachacutec en Ventanilla, Lima. 2010. Vista panorámica



La intervención desarrollada en el CPMFV-UPCH se propuso en la medida de sus posibilidades, contribuir a orientar el sistema hacia la Atención Primaria, buscando implementar efectivamente las etapas del enfoque familiar, en un contexto inspirado en las propuestas promovidas por el MAIS, para el ámbito nacional del Perú.

## MATERIAL Y METODOS

### Contexto de la implantación del CPMFV-UPCH

En el año 2007 la UPCH promueve la creación del Centro Piloto de Medicina Familiar (CPMFV-UPCH), realizando un convenio con la Parroquia San Gabriel de la Dolorosa en Ventanilla, la cual contaba con un Policlínico Parroquial, en cuyos ambientes debía funcionar la experiencia. Por este convenio los residentes de la Especialidad de Medicina Familiar desarrollaron actividades orientadas a la comunidad, así como la atención individual y familiar en la población adyacente al policlínico; mientras que la parroquia se comprometía a brindar facilidades logísticas, ayudar en el establecimiento de contactos con la comunidad, entre otros puntos.

Se propuso como objetivo de la experiencia el montar un sistema integrado de docencia-servicio-investigación, en el que se puedan validar nuevos modos de ofrecer una Atención Integral de Salud con Enfoque de Medicina Familiar, de tal forma que esta experiencia pueda luego contribuir a la implementación del Modelo de Atención Integral en otros puntos del país.

### Población de la Intervención

La experiencia se desarrolló en los asentamientos humanos Keiko Sofía II etapa, Villa Rica y Los Angelitos, ubicados aledaños a la zona del Proyecto Especial Ciudad Pachacútec, distrito de Ventanilla.

Ventanilla es el distrito más grande de la provincia constitucional del Callao y el segundo en población en Perú. La zona se encuentra ubicada en la región centro occidental peruana entre las coordenadas geográficas 1151'20'' de latitud sur y 7704'25'' de longitud del



Meridiano de Greenwich.

El área estaba delimitada al norte con el distrito de Ancón, extremo de Lima Metropolitana, al oeste con el océano pacífico, al sur con el centro poblado Mi Perú del mismo distrito de Ventanilla y al este con los cerros que delimitan el distrito. Su clima está clasificado como zona desértica semicálida, con deficiencia de lluvias en todas las estaciones del año. Presenta temperaturas extremas, con alta humedad e intenso frío en invierno y temperaturas no mayores a los 30° C en el verano, pero con una sensación térmica mucho mayor, dado el suelo de arena.

La población procedía de distintas zonas del Perú, siendo fundamentalmente inmigrantes, entre los que se destacaba un grupo de shipibos originarios de la Amazonía peruana.

La comunidad surgió aproximadamente en el año 1998, siendo traída desde una invasión en Villa El Salvador y era procedente de distintas partes del Perú. Por ello, la característica general de la comunidad es ser de población migrante, procedente de la sierra, selva y costa, que van intercambiando y homogenizando sus costumbres, y que continúan enriqueciéndose con la llegada de nuevos inmigrantes, en su mayoría familiares de los residentes en la zona.

La zona donde se desarrolló este trabajo ha contado con muy poco apoyo estatal (a diferencia del surgimiento del proyecto de la Ciudadela Pachacútec) pero con mucho esfuerzo de la población organizada ha conseguido la creación de escuelas, centros de salud y la implementación de servicios básicos.

### Contexto Sociodemográfico

La población en la zona de trabajo es de nivel socioeconómico bajo, con un porcentaje aún alto de población con sólo educación primaria o inferior, elevado porcentaje de viviendas de material rústico y un alto porcentaje de desempleo y subempleo. Así, de acuerdo a nuestro propio censo poblacional, la población a cargo de la experiencia tenía un total de 1.329 personas censadas (sectores

I, III, IV, V, VI hasta julio 2009), con una estructura de población joven con predominio de niños, adolescentes y adultos jóvenes; asimismo, con predominio de población femenina.

### Recursos para la experiencia

#### Recursos Humanos:

Para el desarrollo de esta experiencia se constituyó un equipo conformado por uno o dos tutores de Medicina Familiar y participantes de primero, segundo y tercer año del Residentado Médico en esta especialidad. Estos equipos se complementaron con técnicos de enfermería —auxiliar técnica, responsable de admisión y farmacia y técnicos en formación que eran cedidos desde el Centro de Salud Perú-Korea del MINSA—, así como alumnos de Tecnología Médica de la UPCH, conformando equipos multidisciplinarios y jerárquicos. Cada miembro del equipo cuenta con su respectiva responsabilidad, pero todos comparten la direccionalidad transmitida por los líderes de cada equipo.

Adicionalmente, se contó con una activa participación de la comunidad a través de los dirigentes vecinales de los asentamientos humanos en los cuales se desarrolló el trabajo respectivo, y de las señoras de la organización pastoral socio-caritativa del sector.

El modo de organización de estos equipos es justamente uno de los logros de la experiencia y por ello se describirá en la sección de resultados.

#### Recursos Materiales

Complementando la infraestructura y mobiliario limitados aportados por la Parroquia San Gabriel de la Dolorosa en Ventanilla como parte del convenio, la UPCH habilitó dos consultorios y un ambiente de reuniones y planificación, y proveyó de equipamiento médico básico al establecimiento. Adicionalmente, se consiguió donaciones de medicamentos de colegas e instituciones amigas de Estados Unidos, España y de la propia ciudad, con los cuales fue posible implementar un servicio que en su mayor parte fue gratuito para la población.



**Duración de la experiencia**

Los equipos del Residentado Médico en Medicina Familiar de la UPCH estuvieron yendo en la zona entre octubre del 2007 (mes en el que se inaugura oficialmente la sede) y febrero del 2010, no obstante se puede decir que, retiradas las fases preparatorias, la experiencia inició en febrero del 2008.

Puede considerarse que esta experiencia se desarrolló en cuatro momentos (Ver figura 3):

1. Reconocimiento de la zona y contactos iniciales: de fines del 2007 a enero del 2008.
2. Levantamiento de información

e Inicio de operaciones: de febrero del 2008 a diciembre del 2008.

3. Consolidación de procesos: entre enero del 2009 y enero del 2010.

4. Cierre de la sede en febrero del 2010.

Puede verse entonces, como tiempo efectivo de la experiencia trabajando con todos los procesos implementados se tuvo un período de solo un año de duración.

**Momentos de la experiencia:**

Desarrollando los cuatro momentos descritos en la sección anterior, tenemos que las principales acciones en cada uno de ellos fueron:

Primer Momento: Reconocimiento de la zona y contactos iniciales.

- Conformación de comités directivo y técnico.
- Delimitación de comunidades a ser cubiertas por la experiencia, en estrecha coordinación con el Centro de Salud Perú-Korea del MINSA, en cuya jurisdicción se desarrollaba la experiencia.
- Contactos iniciales con los dirigentes de la comunidad y las familias.
- Reconocimiento del terreno y obtención de información desde la propia comunidad y por otras fuentes.

Segundo Momento: Levantamiento de información e inicio de operaciones

- Oferta de servicios a la demanda.
- Conformación y capacitación de miembros de los equipos.
- Elaboración de documentos directivos para el trabajo por los diferentes miembros de los equipos.
- Separación de las comunidades en sectores con elaboración de croquis de las respectivas comunidades.
- Asignación de familias al equipo del sector.
- Visita a líderes de comunidades en sectores para sensibilización.
- Visita a población en sectores para sensibilización.
- Croquis y otra información sectorial específica.
- Contacto y llenado de fichas familiares en establecimiento, en reuniones en organizaciones sociales de

Cuadro 1. Momentos de la experiencia de Atención Integral con Enfoque Familiar en el Centro Piloto de Medicina Familiar de Ventanilla de la UPCH. Lima, 2010.





base de la comunidad y en las propias viviendas.

- Configuración socio-demográfica conocida a través del Censo familiar.

Tercer Momento: Consolidación de procesos

- Chequeos médicos para el diagnóstico de necesidades.
- Diagnóstico de necesidades con base en los registros.
- Plan de atenciones.
- Ejecución del plan de atenciones en quienes acuden al establecimiento.
- Ejecución del plan de atenciones en visitas domiciliarias y en comunidad.
- Seguimiento individual/familiar del plan de atención.
- Seguimiento de planes de atención en el sector.
- Oferta de servicios organizados para las familias adscritas.
- Trabajo comunitario (atención primaria orientada a la comunidad).
- Evaluación y reformulación.

Cuarto Momento: Cierre de la sede

#### Componentes de la experiencia:

Siguiendo los componentes del Modelo de Atención Integral la presente experiencia puede ser dividida en cuatro componentes:

##### *Componente de organización de los servicios y equipos*

Relacionado al modo como se articularon los flujos de atención, equipos, horarios y otros elementos funcionales de la experiencia, con miras a conformar un modo innovador de prestar la atención que permita efectivamente ejecutar los planes de atenciones.

##### *Componente de gestión de la experiencia*

Vinculado al modo como se desarrolló la gerencia de recursos y la articulación con otros niveles de atención e instituciones relacionadas, buscando viabilizar todo lo necesario para que los componentes de organización y provisión operen convenientemente.

##### *Componente de financiamiento de la experiencia*

Ligado al modo de obtener los recursos para viabilizar la experiencia. Se parte de la premisa de que los servicios deben trabajar en una lógica de aseguramiento universal y las personas no deben pagar por los servicios recibidos en el momento de la enfermedad.

##### *Componente de provisión de los servicios*

Referido al modo de ofrecer los servicios, tanto en el ámbito intra como extramural, y a la demanda espontánea, pero fundamentalmente de manera programada, con la finalidad de lograr que las personas cubran sus necesidades de salud diagnosticadas a través de la ejecución de un plan de atenciones.

#### RESULTADOS

El modo de trabajo y los logros en cada uno de ellos se presentan según los componentes de la intervención previamente descritos en la siguiente sección resultados, buscando mostrar hasta que punto se obtuvo avances en cada uno de los componentes.

#### COMPONENTE DE ORGANIZACIÓN

Este componente estuvo relacionado a la constitución de los equipos de salud, el trabajo en fases como expresión del enfoque familiar, los arreglos internos para poder cumplir los objetivos de la atención a la demanda y de la atención programada, y la organización de los equipos sectoriales de acuerdo a una estructura jerárquica.

##### **Equipo multidisciplinario docente-asistencial**

Requerimiento: Para un trabajo de esta naturaleza se requería contar con personal de diferentes perfiles y predisposiciones, el cual pudiera complementar sus diversas habilidades, para desarrollar un trabajo tanto intramural como extramural intenso y al mismo tiempo consiguiera la articulación de ambos como una continuidad. Adicionalmente, y por tratarse de una Unidad Docente-Asistencial, dicho trabajo debería balancear las acciones desarrolladas por personal experimentado, en su mayoría tutores, con personal en formación y personal de soporte.

Avance: Se constituyeron equipos de trabajo-aprendizaje conformados por tutores y médicos residentes de los tres años, los cuales ocuparon las siguientes responsabilidades:

La designación de un Médico Residente Jefe del CPMFV-UPCH, correspondía a un médico residente de Medicina Familiar del último año, quien de manera rotativa se encontraba a cargo



del CPMFV-UPCH. Este médico residente tenía bajo su responsabilidad la planificación y coordinación de todas las actividades de los demás médicos residentes y la coordinación de las actividades con el resto del equipo de salud, siempre bajo la estrecha supervisión del docente tutor en la sede. Al interior del establecimiento, este médico residente cumplía con supervisar el adecuado desarrollo de los procesos asistenciales por los técnicos de enfermería y personal de apoyo, auditar las Historias Clínicas Orientadas al Problema (HCOP), apoyar a los sectoristas, entre otras múltiples responsabilidades. La periodicidad y designación del Médico Residente Jefe, por ser un puesto de confianza, era potestad del tutor encargado de la sede.

El Médico Residente Jefe del equipo de sector o sectorista, dirigía el avance de trabajo con las familias por sectores y la ejecución de la actividad clínica, enfoque familiar, comunitario, etc. Ellos también tenían como responsabilidad capacitar a los rotantes y retroalimentar y coordinar las actividades programadas por éstos, monitorear su avance de trabajo por sectores, entre otros puntos. Periódicamente los médicos residentes presentaban los avances desarrollados en su sector, y preparaban un informe de actividades, para lo cual debían revisar el informe previo y las sugerencias

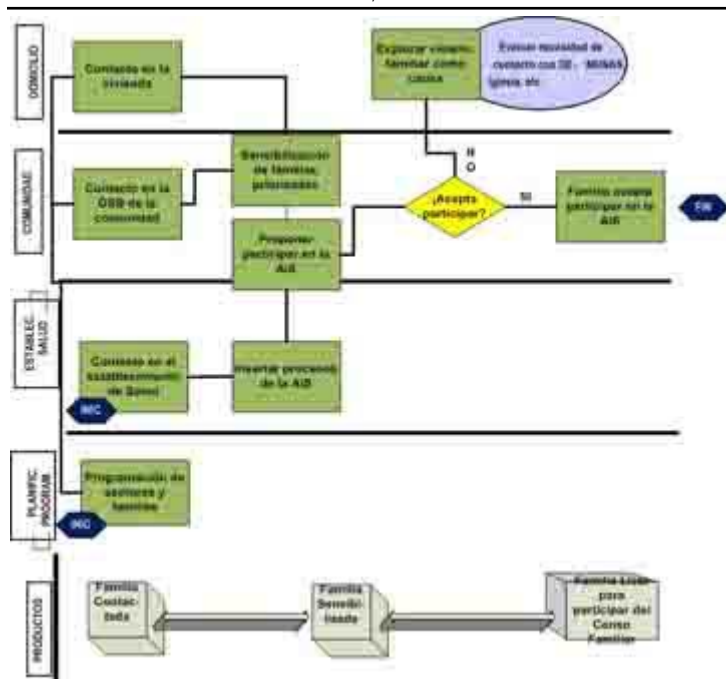
referentes a los sectores dejados por el anterior equipo de rotantes o el Médico Residente Jefe. Igualmente, debían entregar la información actualizada (carpetas sectoriales y/o familiares) al Médico Residente Jefe del CPMFV para su revisión y auditoría y, luego de la misma, una vez por semana era verificada en una sesión de auditoría con los residentes del equipo.

Los médicos residentes miembros de los equipos procedían usualmente de años inferiores, y desempeñaban las actividades de trabajo con las familias, de acuerdo a la fase de avance del sector, y siempre bajo la supervisión de sus jefes de equipo. Estos residentes debían conocer suficientemente el sector y las familias asignadas, así como toda la problemática de las familias, viviendas y entorno (manzanas) incluidas en sus sectores, que se apreciarán en la información sectorial y estadística respectivas.

Los docentes de la especialidad, además de trabajar estrechamente con los médicos residentes encargados de la gestión y con los jefes de equipo, efectuaban la supervisión general de las atenciones de los pacientes y sus familias, tanto individual como colectivamente, y luego hacían la discusión respecto a los planes de manejo y abordaje del mismo. Adicionalmente, y por las connotaciones de las actividades, los docentes dirigían directamente la mayor parte de las actividades de Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC).

Alumnos de la Escuela de Tecnología Médica: Ellos, como parte de sus cursos de Salud Comunitaria, tuvieron una participación activa en los censos familiares y actividades de actualización de la información, aplicando la ficha familiar en las viviendas comprendidas en los sectores cuyos datos tuvieran más de 6 meses de antigüedad. Adicionalmente, desarrollaron diversas actividades de promoción y prevención de la salud de manera individual, vivienda a vivienda, como en diversos talleres según grupos etarios y para pacientes con problemas específicos. Esta información vinculada a la salud de las personas, buscaba que los miembros de las familias abordados pudieran reproducirla entre sus pares y

Cuadro 2a. Fases de la experiencia de Atención Integral con Enfoque Familiar en el Centro Piloto de Medicina Familiar de Ventanilla de la UPCH. Lima, 2010. Fase 1.





en diferentes ámbitos de influencia, promoviendo en ellos conductas saludables de autocuidado, y cuidado de sus familias, con el objeto final de generar una red de personas multiplicadoras de conductas saludables. Este tipo de trabajo les permitió a los alumnos afianzar sus conocimientos y habilidades sobre estas materias, además de desarrollar una sensibilidad especial por la población a la cual se deben.

**Técnicos de enfermería:** Los equipos se complementaban con técnicos de enfermería, uno de ellos contratado por el CPMFV-UPCH, y otros técnicos cedidos por el centro de salud Perú Korea, para apoyar el trabajo tanto intramuros como extramuros.

Todo este modo de organizar los equipos proporcionó mecanismos de intensa enseñanza y aprendizaje entre los médicos residentes y alumnos rotantes y múltiples oportunidades docentes para los tutores, y un modo más gratificante de ejercer su actividad laboral para todo el personal. No se pudo contar con otros profesionales como odontólogos, enfermeras u obstetras, debido a la limitada coordinación con otras escuelas y facultades, la cual estaba por subsanarse cuando se cerró abruptamente la intervención. Por esta misma razón no pudo concretarse el Plan de Capacitación de Promotores de Salud, cuyo objetivo era formar a miembros de la comunidad para desarrollar acciones de prevención y promoción de la salud en su población.

**Definición de los procesos por fases para la atención programada con enfoque familiar**

**Requerimiento:** Plantear un modo de trabajo que pudiera organizar la cobertura de necesidades de salud de las familias adscritas, de modo que, por un lado, los equipos estuvieran al tanto de los aspectos que requieren ser abordados en su población asignada, y por otro fuera posible acompañar el avance en las acciones de promoción, prevención y respuesta ante las enfermedades y discapacidades.

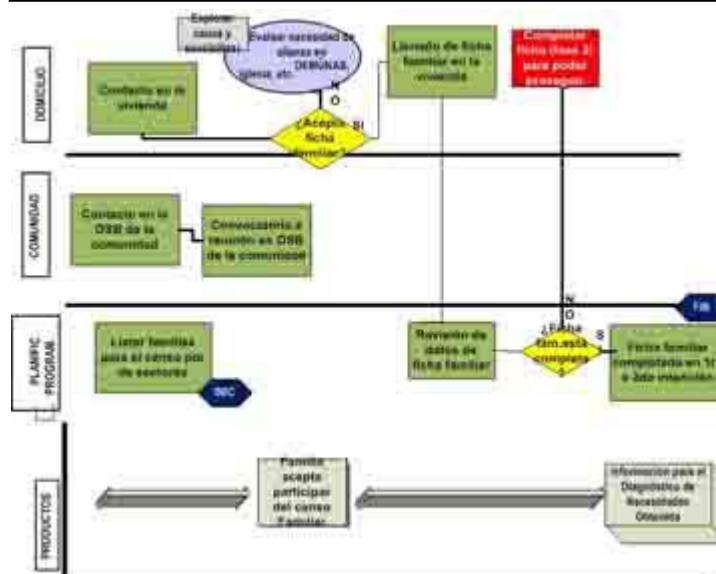
**Avance:** Se propuso el siguiente esquema de trabajo por fases, el mismo que permite a los equipos una inter-

vención sistemática y planificada de las familias adscritas en sus respectivos sectores. Idealmente todos los residentes deberían progresar por las diferentes fases, pero según las circunstancias se alternaron o se efectuaron dos o más fases simultáneamente.

- Fase 0: Asignación de familias.
- Fase 1: Reconocimiento del terreno.
- Fase 2a: Censo familiar realizado por médicos residentes y los alumnos participantes.
- Fase 2b: Verificación de información y completado de datos que no se obtuvieron en el censo familiar.
- Fase 3: Diagnóstico de necesidades familiares (precisando los problemas de salud de cada miembro familiar y grupo familiar).
- Fase 4: Plan de Atención Integral a las Familias (esquemas de atención individualizados y conjuntos de acuerdo al riesgo individual).
- Fase 5: Ejecución y Seguimiento del Plan de Atención Integral a la Familia de acuerdo al plan de acciones en los sectores que llegaron a esta fase.

Estas cinco fases deberían desarrollarse dentro de un ámbito determinado, denominado sector, que comprendía alrededor de 100 familias, y estaba a cargo de uno de los equipos previamente definidos, liderado por un médico residente jefe de equipo del sector, denominado sectorista. Como un modo de monitorear mejor el avance del trabajo con las familias asignadas, dentro de cada equipo de sector se mantenía una carpeta sectorial la cual debía ser periódicamente revisada y/o auditada por el Médico Residente Jefe del CPMFV-UPCH y el equipo docente, verificar

Cuadro 2b. Fases de la experiencia de Atención Integral con Enfoque Familiar en el Centro Piloto de Medicina Familiar de Ventanilla de la UPCH. Lima, 2010. Fase 2.



que cuenten con todos los componentes referidos, y estos correspondan con la realidad de las familias.

### Validación de los procesos de las fases de la atención programada con enfoque familiar

Requerimiento: Validar el conjunto de procesos para las fases del trabajo con enfoque familiar, los cuales deben proporcionar las bases para posteriormente diagnosticar, planificar la cobertura y responder a las necesidades de salud identificadas.

Avance: Se desarrollaron las siguientes actividades para cada una de las fases, posibilitando en su conjunto, efectivamente completar los objetivos propuestos para la cobertura de necesidades de salud de la población según el enfoque familiar.

#### Fase 0: Asignación de familias

Antes de iniciar el trabajo de campo con las familias efectuamos la asignación de viviendas en la cual a cada médico residente responsable de equipo se le asignó un sector de alrededor de 100 familias, cuyas necesidades de salud se deberían diagnosticar y las acciones de respuesta a éstas ser planificadas, además de hacer el seguimiento y monitorización de sus acciones. Los elementos más importantes de esta fase eran la definición de los límites de cada sector, identificándolos con las comunidades que abarcaban, y asignar el equipo que se haría cargo de cada uno de ellos. A lo largo del año

de operación efectiva de la experiencia se trabajó con seis sectores, los cuales cubrían cuatro comunidades o asentamientos humanos, aunque cada sector alcanzó finalmente un diferente nivel de avance de acuerdo al desarrollo que sus equipos pudieron conseguir.

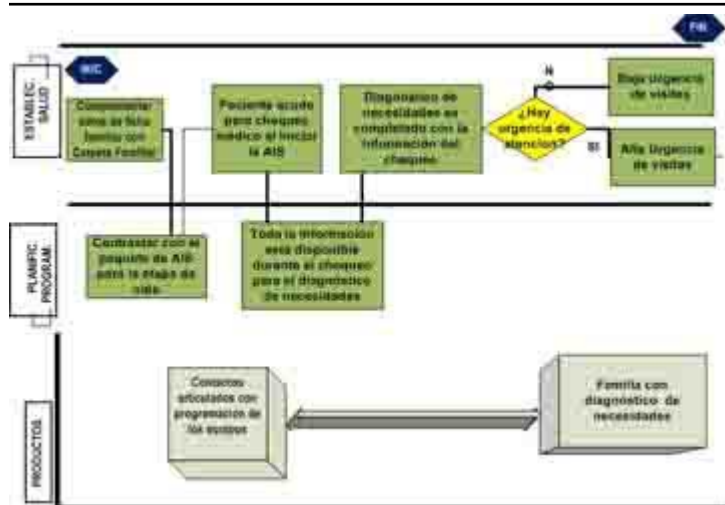
#### Fase 1: Reconocimiento del terreno

Los equipos se aproximaron a cada zona asignada a través de visitas in situ, estableciendo los primeros contactos con las familias y comunidad adscritas. En el marco de este trabajo se realizaron visitas a los representantes comunitarios, para presentarse como parte del equipo de Medicina Familiar que iba a laborar en la zona asignada por el periodo de tiempo establecido por el programa. También se realizaron visitas de sensibilización a las familias con las cuales se iba a trabajar, y se elaboraron los croquis panorámicos correspondientes a la zona urbana adscrita y no adscrita periférica al sector. Además se elaboraron los croquis detallados de las áreas adscritas, que comprendían dos a tres manzanas por hoja, en el cual se incluían referencias específicas para facilitar las posteriores visitas (tiendas, viviendas deshabitadas, lotes desiertos), el nombre de las calles, letra de las manzanas y número de lote, entre otros. Uno de los elementos más importantes de esta fase fue el llenado del formato de avance y el mapa sectorial que permitió el monitoreo del avance entre fases para las familias individuales.

#### Fase 2: Censo familiar.

Esta fase se dividió en 2 sub-etapas. En la primera de ellas, los médicos residentes y los alumnos participantes realizaron el llenado de información familiar, recogiendo información sobre población, vivienda, factores de riesgo y problemas de salud de cada miembro y grupo familiar. El llenado de la ficha censal se desarrolló de acuerdo a lo establecido en un manual para el llenado del censo familiar, el mismo que sirvió de guía para alumnos y residentes. Cuando no se encontraba a la familia o responsable de brindar información, se consignaba la fecha y hora en que se visitó dicha vivienda y se retornaba en una segunda oportunidad para realizar

Cuadro 2c. Fases de la experiencia de Atención Integral con Enfoque Familiar en el Centro Piloto de Medicina Familiar de Ventanilla de la UPCH. Lima, 2010. Fase 3.





el censo, de no poder realizarse en esa segunda oportunidad se consignaba el motivo o razón por la cual no se pudo levantar los datos. Cuando se encontraba una vivienda deshabitada se consignaba en la hoja censal señalando su ubicación y verificando su condición de deshabitada con los moradores de la zona aledaña a dicha vivienda.

Dado que la ficha era llenada en su mayor parte por alumnos, y que la información necesaria no estaba siempre al alcance de sus conocimientos, se incorporaron algunos campos, los cuales sólo podían ser recogidos en una segunda instancia por el resto del equipo. En tal sentido, los residentes responsables realizaron la verificación, recojo complementario y llenado de datos que no se obtuvieron en el primer llenado de la ficha familiar, el cual se realizó de dos maneras: mediante las visitas "familia por familia", o a través del llenado colectivo, mediante actividades coordinadas para concentrar a la población, y por ejemplo recoger medidas antropométricas, hacer el registro de la presión arterial, entre otros.

**Fase 3: Diagnóstico de necesidades familiares**

En esta fase que es eminentemente de gabinete, los médicos residentes de los equipos sectoriales realizaron el diagnóstico de necesidades familiares, precisando los problemas de salud de cada miembro y del grupo familiar, e identificando las familias más vulnerables. Así, para considerar a una familia como vulnerable y que portaba una alta urgencia de visitas, se emplearon los siguientes criterios:

- Familia con niños menores de 3 años.
- Familia con gestantes.
- Familia con adultos mayores previamente no visitados.
- Familia con personas con enfermedad aguda o crónica descompensada.
- Familia con personas con enfermedad crónica con pobre control previo.
- Familias con mala dinámica familiar evidente.

Las necesidades o problemas podrían ser de naturaleza individual, identificándolos de acuerdo al modelo de la Historia Clínica Orientada al Problema

(HCOP) en problemas crónicos (p.e.: HTA), problemas agudos (p.e.: diarrea aguda), factores de riesgo. (p.e.: tabaquismo), necesidades de prevención. (p.e.: Vacunas, PAP).

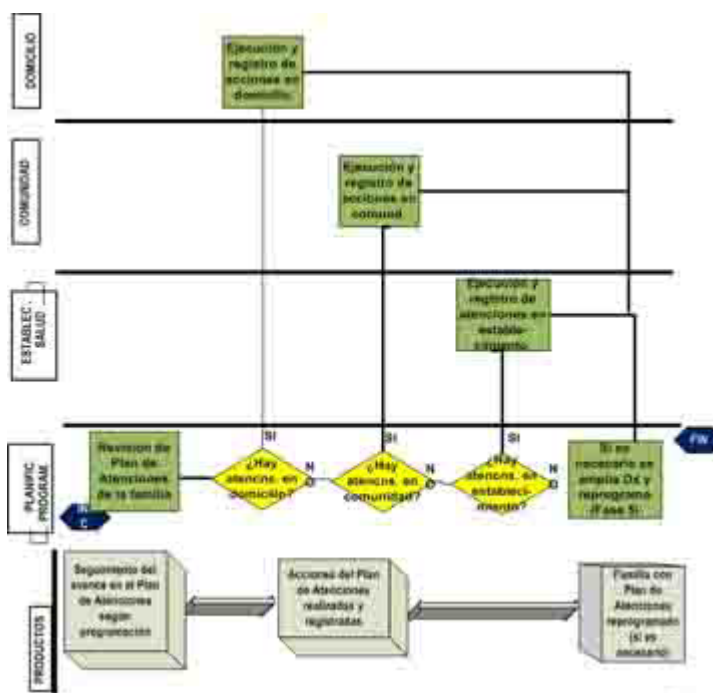
También se identificaban problemas familiares clasificándolos en aquellos relacionados a etapas del ciclo vital, al tipo de familia, a las relaciones entre los miembros (p.e.: conflictos familiares o violencia), al tipo de vivienda o relacionados a problemas que afectan a la dinámica familiar (p.e.: alcohol, drogas). También podía tratarse de problemas de la vivienda relacionados al saneamiento (p.e.: agua, luz, disposición de la basura y excretas. presencia de vectores), al ambiente: casa, techo, barreras arquitectónicas o a riesgos específicos para niños, nncianos, etc.

Por último, podían consignarse igualmente problemas comunales detectados por un grupo importante de familias como por ejemplo el pandillaje o la drogadicción en áreas aledañas a las viviendas.

**Fase 4: Plan de Atención Integral a las Familias**

Esta fase es también de gabinete y aquí los médicos residentes responsables desarrollaron planes de atenciones individualizadas y conjuntas de acuerdo al grupo etario, y según los diagnósticos individuales, familiares y de vivienda/entorno, encontrados tanto en el censo familiar como en la evaluación en el consultorio de medicina familiar

Cuadro 2d. Fases de la experiencia de Atención Integral con Enfoque Familiar en el Centro Piloto de Medicina Familiar de Ventanilla de la UPCH. Lima, 2010. Fase 5a.





y otros contactos. Estos planes fueron plasmados en formatos definidos para esta fase y representaban la guía de los siguientes contactos que debían ser recibidos por cada familia, tanto en el ámbito intra como extramural.

Esta programación generaría además un ranking de familias según orden-urgencia de visita, en el que se indica las familias y actividades que deben ser priorizadas por los equipos de los sectores. Esta priorización debe ser coordinada con el jefe de equipo de rotantes.

*Fase 5: Ejecución y seguimiento del Plan de Atención Integral a la Familia*

Se ejecutó el paquete de acciones conjuntas y el plan de acciones individualizadas en las familias de los sectores que llegaron a este punto. En esta fase, el equipo recibía del Médico Residente Jefe un número de carpetas familiares según ranking o condición de riesgo, y de acuerdo a la actualización de los croquis del mapa sectorial actualizados entregados por el último equipo rotante. El Médico Residente Jefe del equipo del sector debía organizar las familias a intervenir por primera vez, según ranking de urgencia de visitas y condición pre-existente, y considerar los retornos a familias previamente vistas y las visitas regulares a personas con problemas crónicos. Adicionalmente y de ser necesario debería recabar información procedente de las historias clínicas y de otros integrantes del equipo de salud para planificar los objetivos y el tipo de visita a efectuar. El equipo convocaba o visitaba a la familia según los objetivos previamente trazados y desarrollaba las acciones planificadas.

El avance en las actividades efectuadas se registraba en el formato definido para esta fase y

según las necesidades diagnosticadas. La secuencia de esta actividad incluía familiarizar a los alumnos y residentes con el contenido de las actividades por etapa de vida, asignar las viviendas a visitar y luego desarrollar el trabajo de campo de acuerdo a lo planificado para finalmente efectuar un informe a su tutor o médico residente encargado.

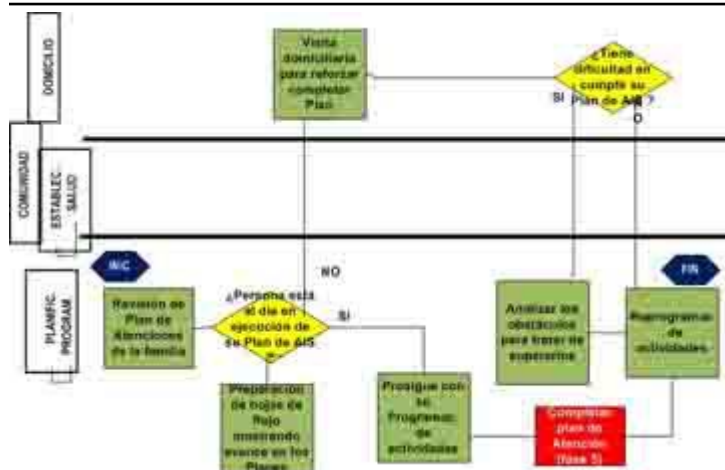
**Organización de la atención a la demanda**

Requerimiento: Dado que formaba parte integral de la actividad docente asistencial, el responder tanto a la atención programada con enfoque familiar como a la atención a la demanda que habitualmente satura los servicios asistenciales e impide la proyección de los equipos hacia las familias a su cargo, se hacía necesario contar con una estructura organizativa de la consulta que posibilite combinar estas dos aproximaciones, sin desmedro la una de la otra.

Avance: Se estableció una rutina que permitió la compatibilización de ambos tipos de Atención, la atención a la demanda y la atención programada la cual consistía en:

Antes de la Consulta: Mantener una programación de residentes que posibilite la salida de los equipos a campo durante medio periodo por turno (p.e. la primera mitad de la tarde) y la atención de la consulta en la otra mitad. La población circundante se fue adaptando gradualmente a esta modalidad. Idealmente quedaba un médico residente en el establecimiento para cubrir emergencias y consultas fuera de la programación, mientras que el resto de los equipos salía a campo a hacer visitas o desarrollaba actividades comunitarias. El Médico Residente Jefe del CPMFV-UPCH debía verificar que los consultorios cuenten con los materiales, formatos de atención y lista de medicamentos disponibles y resolver cualquier problema de desabastecimiento que esté a su alcance, caso contrario comunicaría al tutor docente para que coordine la implementación del consultorio. Aunque buena parte de los pacientes acudían por consulta espontánea, al escuchar el perifoneo que efectuaba la técnica de enfermería,

Cuadro 2e. Fases de la experiencia de Atención Integral con Enfoque Familiar en el Centro Piloto de Medicina Familiar de Ventanilla de la UPCH. Lima, 2010. Fase 5b.





se enfatizaban las consultas mediante la invitación de los propios equipos en las visitas domiciliarias, a través de esquelas que recibían de los residentes cuando éstos efectuaban visitas domiciliarias en sus respectivos sectores.

Durante la Consulta: Se mantuvo los procedimientos descritos en la sección "Consulta con enfoque biopsicosocial", poniendo énfasis en el adecuado llenado de la HCOP, sabiendo que un número de estas HCOP realizadas por el rotante serán auditadas por el Médico Residente Jefe del CPMFV-UPCH. Se empleaba la metodología de Tareas Orientadas a los Procesos en la Consulta (TOPICs).

Después de la Consulta: El médico residente debía asegurarse de que lo avanzado en la historia haya quedado registrado en todos los formatos y HCOP respectivos. Una de las tareas de los distintos TOPICs de atención es el Aprendizaje de por Vida, por ello para aprovechar el reto y la oportunidad de aprender de cada paciente, al final de la consulta se presentaban todos los casos atendidos, y eran discutidos bajo la conducción del Médico Residente Jefe del CPMFV-UPCH o tutor docente, planeándose y asignándose preguntas para el Aprendizaje Basado en el Problema (ABP) a los residentes rotantes; cuyas respuestas eran expuestas al inicio de la siguiente actividad en CPMFV-UPCH.

Cabe resaltar que, con el fin de afianzar sus conocimientos prestacionales, cada médico residente rotante tenía turnos programados para efectuar consulta externa en el CPMFV-UPCH. Estos eran programados a través de la coordinación entre el Médico Residente Jefe y el tutor encargado de la programación general del establecimiento.

### COMPONENTE DE PROVISIÓN

Directamente relacionados a los servicios ofrecidos a la población por los equipos de salud, los cuales se desarrollaron en dos escenarios, el escenario intramural y el extramural.

*Chequeos preventivos por etapas de vida*

Requerimiento: En el marco de lo relacionado a la tercera fase de la atención programada con enfoque familiar, se necesitaba desarrollar un conjunto de actividades que posibiliten efectivamente identificar las necesidades de salud que cada persona o familia portaba. Esta información debía complementar y profundizar los alcances recogidos por los otros instrumentos aplicados como la ficha familiar, la HCOP y otros.

Avance: Se desarrollaron chequeos preventivos por etapas de vida que consistieron en aplicar la prevención primaria para evitar la aparición o disminuir la probabilidad de padecer una enfermedad. También se incorporó la prevención secundaria buscando detener la evolución en la fase preclínica, permitiendo detectar precozmente el proceso patológico. Para lograr ello se confeccionaron hojas de chequeo para cada grupo etario en base a la evidencia disponible y que pueden ser replicables en diversos contextos. Con estos procesos era posible conseguir una adecuada identificación de necesidades y así programar con mayor claridad las atenciones que requería cada persona o familia adscrita a un equipo. Estos chequeos preventivos se desarrollaban con sus respectivas consejerías para los factores identificados.

Adicionalmente a los Controles de Crecimiento y Desarrollo para niños y los Controles Prenatales para las gestantes, se trabajaron dos tipos de chequeos para los cuales se evidenciaron pocos referentes previos:

**Chequeos de Adultos Mayores:** Se realizó incidiendo en la búsqueda sistemática de factores de riesgo y detección de problemas prevalentes en adultos mayores por lo demás sanos, mediante la evaluación funcional, la valoración clínica, la solicitud de pruebas auxiliares de screening, además del registro de actividad preventiva complementaria requerida.

Los adultos mayores eran identificados a partir de las carpetas sectoriales e invitados a través de esquelas o aprovechando las actividades en el club de adultos mayores o talleres.

**Chequeos de Adolescentes:** Consistió en la pesquisa, empleando un formato especialmente adaptado, de los riesgos mayormente asociados a la etapa adolescente. Se empleó el método "HHEEAADDSS" (acrónimo de términos con factores de riesgo), pruebas de screening, interconsultas de chequeo y consejería preventiva. Estos chequeos se efectuaron entre los adolescentes que eran identificados en las carpetas sectoriales e invitados a través de esquelas.

*Promoción de la salud por etapas de vida*



Requerimiento: En el marco de la atención integral con enfoque familiar se buscó generar actividades orientadas a modificar los estilos de vida de la persona y la familia para que tienda a alcanzar un estado óptimo de salud.

- **Avance:** Para concretar esta promoción de la salud por etapas de vida se confeccionó un manual y diversas guías de consejería respecto a prácticas y estilos de vida saludables, tocándose aspectos como los listados a continuación:
  - **Recién nacido a seis meses:** lactancia, salud oral, cuidados habituales de la piel, higiene, evitar el tabaquismo, entre los más importantes.
  - **Lactante (seis meses a un año):** alimentación saludable, higiene, apego, recreación y estimulación sicomotora, entre los más importantes.
  - **Niños de uno a tres años:** alimentación saludable, desarrollo y estimulación, seguridad en el hogar, socialización, incorporación de formas, entre otros.
  - **Gestantes:** consumo de micronutrientes y alimentos saludables, evitar el consumo de café, tabaco y otras sustancias que pudieran ser tóxicas; incentivo para conformar grupos de ayuda mutua, entre otros puntos.
  - **Adultos mayores:** cuidado de la piel, ojos, oídos, consejería sobre alimentación saludable, sexualidad, higiene del sueño, salud oral, entre otros.

Con estas guías se ofrecieron los contenidos propuestos, a través de visitas domiciliarias a

cargo de los alumnos de la Escuela de Tecnología Médica y médicos residentes. La aplicación de los paquetes de consejería según etapa de vida se desarrollaba de manera individual para cada situación, dependiendo de los grupos etarios de los miembros de cada familia.

Adicionalmente se desarrollaron talleres dirigidos a distintas etapas de la vida y tratando diversos temas. Estos talleres buscaban fundamentalmente brindar conceptos sobre prevención sobre problemas particulares, y reconocimiento de factores de riesgo, en una aproximación teórico-práctico que posibilitaba vivir el aprendizaje como un ser total y no estimulando solamente lo cognitivo, pues además de aportar conocimientos, se rescataban las experiencias de vida de los participantes, lo que exigía la relación de lo intelectual con lo emocional y activo, e implicaba una formación integral del participante.

Al igual que otras actividades colectivas, la convocatoria a los talleres se efectuaba a través de cartas de invitación y perifoneo y con una metodología ajustada al grupo participante y tema a tratar. En cuanto a los contenidos, estos eran variables en función a las diferentes etapas de la vida. Así, en los adolescentes los talleres giraron sobre los cambios fisiológicos y psicológicos que se producen en la adolescencia, sexualidad en el adolescente, autoestima y asertividad, entre otros; mientras que con los adultos mayores se efectuaron talleres sobre higiene del sueño, cambios fisiológicos que se producen con el envejecimiento, manejo de la incontinencia urinaria, talleres sobre nutrición y actividad física. Por otro lado, en las gestantes los talleres estuvieron orientados al cambio de estilos de vida saludables y cuidados rutinarios en el embarazo, y en las madres de niños menores de tres años se fortaleció la práctica de una alimentación saludable y estilos de vida saludables.

Los alumnos de la Escuela de Tecnología Médica tuvieron una participación activa en la localidad como parte de su curso de Salud Comunitaria, efectuando talleres sobre ergonomía, actividades educativas en pacientes

Figura 2. Actividades de Promoción de la salud con niños en el Centro Piloto de Medicina Familiar de Ventanilla de la UPCH. Lima, 2010.





con lumbalgia denominadas escuela de espalda y actividad física.

*Consulta con enfoque biopsicosocial*

Requerimiento: Como se comentó previamente, se requería una atención que se mantenga orientada al modelo biopsicosocial, considerando que un objetivo a lograr en la relación prestador-usuario es que ésta tenga un componente emocional intrínsecamente terapéutico, admitiendo un amplio abanico de problemas bajo su abordaje.

Avance: Se logró consolidar un esquema de consulta en el cual cada médico residente rotante la desarrollaba de acuerdo a las Pautas de Consultorio del Médico Residente de Medicina Familiar y a los Protocolos Clínicos de Atención Primaria, desarrollados en las actividades académicas de los médicos residentes en Medicina Familiar. Generalmente, y salvo problemas insalvables, siempre el mismo médico residente se hacía cargo de los pacientes de su sector, con lo que se garantizaba la continuidad de la atención y establecer el vínculo médico-paciente-familia que es fundamental en la especialidad. En todas las consultas se empleaba la metodología de TOPICs, ya mencionada, con lo que se enfocaba a los pacientes según las necesidades presentadas, planteando un mejor enfoque de sus requerimientos de salud. En la mayoría de las consultas ya había existido un contacto previo en la visita domiciliaria con el médico tratante, o en casos seleccionados o en quienes se pretendiera ampliar la información familiar, se establecía esta en los días siguientes, con lo que se difuminaban cada vez más las fronteras entre la atención en la vivienda y en el consultorio, y se hacía un adecuado seguimiento de las recomendaciones ofrecidas en la consulta.

Según la complejidad del problema identificado, el Tutor Docente, el Jefe del CPMFV-UPCH o el médico residente de mayor jerarquía, supervisaban que se cumplan las pautas de consultorio; así mismo, brindaban las sugerencias y opiniones de manejo del paciente, teniendo en cuenta las particularidades de cada familia. En todos

Figura 3. Talleres de Promoción de la salud con adolescentes en el Centro Piloto de Medicina Familiar de Ventanilla de la UPCH. Lima, 2010.



los casos, al completarse la jornada, el Tutor Docente era finalmente informado del desarrollo de la totalidad de las consultas. Si el paciente requiriera derivación para el Centro de salud del MINSA en la zona, el médico residente rotante debía llenar el formato de referencia del establecimiento. Cuando se requería una atención de un mayor nivel de mayor complejidad en el hospital de referencia, se activaba una red informal de referencia conformada por los propios residentes de medicina familiar que estaban rotando en el CPMFV-UPCH, y aquellos que participaban en sus rotaciones hospitalarias, quienes ayudaban a canalizar las demandas de los pacientes de sus compañeros rotantes en campo.

*Seguimiento familiar de pacientes crónicos*

Requerimiento: El seguimiento familiar de pacientes crónicos con trastornos como obesidad, diabetes mellitus e hipertensión arterial, es una necesidad fundamental en el contexto de transición epidemiológica de países en desarrollo, especialmente teniendo en cuenta los aspectos individuales que condicionan su control y posibilidad de posteriores complicaciones, así como el impacto en estos problemas de la dinámica familiar, estilos de vida y condicionantes sociales.

Avance: En los pacientes que fueron identificados con los diagnósticos de obesidad, diabetes mellitus o hipertensión arterial en el archivo de historias clínicas, y aquellos que acudían al establecimiento regularmente, intentamos elevar los niveles de control para estas patologías y según ello se buscó planificar los pasos a seguir en su próxima consulta ambulatoria o en el domicilio. Asimismo, para aquellos con asistencia irregular al establecimiento planificamos dos estrategias para concretizar su adherencia: la primera tiene





que ver con la invitación al consultorio a través de esquelas para retomar el seguimiento y la segunda se desarrolló a través de visitas domiciliarias y el soporte de consejerías familiares, así como seguimiento familiar para verificar que hayan cumplido las recomendaciones.

Con esta modalidad de trabajo se efectuó el seguimiento mensual de más de cuatro quintas partes de los pacientes con problemas crónicos, lográndose tener problema controlados así como una mejora en el estilo de vida familiar en la mayoría de ellos.

Un aspecto que disminuyó nuestra capacidad diagnóstica fue la carencia de un laboratorio básico y que no se llegaron a hacer rastreos sistemáticos de HTA debido a que luego no se garantizaría la continuidad del tratamiento del paciente pues teníamos una farmacia de medicamentos donados con dotación insuficiente.

#### *Estudio de la dinámica y orientación familiar*

**Requerimiento:** Es importante dar respuesta a los problemas que tenían su origen en una mala dinámica familiar y otros aspectos relacionados a la familia. En este sentido, el estudio de la familia nos ayuda a comprender mejor los componentes, funciones e interacciones en su interior. Estos conocimientos son de gran utilidad para los equipos de atención integral que se encuentran a cargo de familias y comunidades, y en general para los profesionales de atención primaria.

**Avance:** Se buscó dar respuesta a problemas familiares y realizar hipótesis sistémicas, empleando los resultados del familiograma y de otras técnicas de aproximación a la familia, y como parte de su entrenamiento en el estudio de la dinámica familiar, los residentes diseñaron y aplicaron un modelo de estudio de las familias. Con la información recogida, se propuso desarrollar hipótesis sistémicas y se decidía intervenciones de cambio o asesoramiento familiar, realizando una evaluación sistémica de la función familiar y planificando una intervención diseñada para ayudar a la familia a enfrentar sus problemas. Este tipo de intervención necesitó una planificación previa de la sesión, para elaborarla sobre la base de hipótesis provisionales sobre el funcionamiento de la familia, las cuales fueron recopiladas a partir de los antecedentes en las HCOP, carpetas familiares y las primeras entrevistas familiares.

#### *Atención Primaria Orientada a la Comunidad*

**Requerimiento:** La mayoría de intervenciones orientadas a conseguir la participación comunitaria en salud requieren una intensiva disposición de tiempo por el personal y son más adecuadas para equipos independientes que trabajan exclusivamente en el ámbito de la salud colectiva. Se requería entonces

una modalidad de aproximación a la comunidad que no representara un drenaje muy grande de recursos y permitiera al equipo equilibrar la voluntad de trabajar con la comunidad de una forma global, con sus responsabilidades para con el cuidado de sus pacientes y familias. La Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC) es un abordaje sistemático para el mejoramiento de las intervenciones en el ámbito comunitario, desarrollado por médicos familiares, que resulta de integrar los aspectos individuales de la atención médica con los de salud pública a nivel local, surgidos en el ámbito de los médicos de familia, y que en ese sentido puede ser sumamente adecuado para una intervención como la planteada.

**Avance:** Se completó el conocimiento de principales características socioeconómicas, educativas y en salud de la población a trabajar, tanto a través de las fichas de censo aplicadas a los asentamientos humanos, como de información perteneciente a la microrred Tres de Febrero del MINSA, a la que pertenecía la zona trabajada. Luego de coordinar con un equipo núcleo de dirigentes afines, se convocó a todos los líderes de la comunidad, dirigentes de AA. HH. y miembros de organizaciones de base e instituciones representativas de la zona (ONGs, comisaría, serenazgo, iglesia) para la ejecución de un trabajo compartido con el equipo de medicina familiar. Bajo esta modalidad de reuniones de trabajo, complementadas con tareas asignadas a ser desarrolladas en el ínterin, se llevaron a cabo un conjunto de reuniones con una periodicidad de una mensual, llegándose a contar con la participación regular de ocho a diez representantes de los AA. HH. y de instituciones locales.

Por iniciativa de los propios pobladores, y como un modo de oficializar mejor las actividades desarrolladas, a partir de la tercera reunión el grupo de representantes que se reunía periódicamente pasó a constituir la denominada Mesa de Trabajo para el Desarrollo de los AA. HH. de Pachacútec.

En la primera y segunda reunión se identificaron los problemas más frecuentes y relevantes en la localidad



tanto a nivel de persona, como de familia y comunidad. En las subsiguientes reuniones se priorizó los problemas encontrados de acuerdo a su gravedad, extensión y requerimiento de apoyo externo y se escogió dos de los problemas priorizados con mayor puntuación y susceptibles de elaborar proyectos para su abordaje. Se seleccionó como problemas complejos a abordarse, la seguridad ciudadana/pandillaje/drogas, la violencia familiar/alcoholismo y la desnutrición/parasitosis. Seguidamente, se identificó las principales instituciones u organizaciones de base de la comunidad que permitirían poder coordinar actividades para la resolución de los problemas encontrados previamente.

Para estos problemas fueron contruidos sus respectivos árboles de problemas y discutimos la propuesta de proyecto de abordaje de la desnutrición e inseguridad ciudadana en la comunidad e iniciados perfiles de proyectos. De acuerdo a la metodología se esperaba tener un proyecto de intervención comunitaria aprobado por los representantes de la comunidad y solicitar financiamiento público y/o privado para que luego sea ejecutado, monitorizado y evaluado por la mesa de trabajo. Este desarrollo, desafortunadamente debió ser abandonado al cortarse abruptamente la experiencia.

### COMPONENTE DE GESTION

**Requerimiento:** Se requería una modalidad de gestión que posibilitará por un lado la adecuada institucionalización y el manejo de recursos óptimo, y por otro que garantizará el flujo de la información necesaria para retroalimentar los procesos desarrollados y al mismo tiempo, que se estableciera en un marco docente-asistencial, en el cual los médicos residentes pongan en práctica directamente sus habilidades para gestionar un establecimiento de salud.

**Avance:** Se estableció una modalidad de gestión en la cual los residentes semanalmente elaboraban un plan para la gestión de los servicios y programación de actividades desplegadas en el CPMFV, y luego de aprobadas por el tutor principal de la experiencia, eran ejecutados en base a su respectiva

Figura 4. Reunión de representantes de instituciones y asentamientos humanos de la Mesa de Desarrollo, en Actividad de Atención Primaria Orientada a la Comunidad en el Centro Piloto de Medicina Familiar de Ventanilla de la UPCH. Lima, 2010.



planificación. El plan de gestión en general contemplaba el detalle de las actividades rutinarias, actividades periódicas, mejoras e innovaciones que se debían desarrollar durante la semana. Estas actividades de gestión abordaban tareas tan diversas como el fortalecimiento de la normatividad, atención integral a la persona y familia, mejoramiento del establecimiento, trabajo con la comunidad, trabajo interinstitucional, entre otros.

El aspecto crítico que garantizó el avance de la experiencia fue el manejo de la información, tanto aquella procedente del consultorio, como la del trabajo de atención programada con enfoque familiar, con el fin de generar la estadística del establecimiento, contándose con una serie de formatos para monitorear el avance de los planes de atención integral, e implementar el archivo de carpetas e historias clínicas, ordenadas por sectores. Cada sector contenía la respectiva carpeta sectorial y las carpetas familiares de todas las familias adscritas. Esto, junto con la confección de mapas sectoriales y croquis, permitió la elaboración y constante actualización de la sala situacional de la experiencia. El equipo se encontraba en el desarrollo de informatización de estos procesos cuando se cerró abruptamente la experiencia. Este proceso habría permitido agilizar la obtención de datos para la sala situacional, ahorro de horas en el manejo e introducción de los datos, etc., lo cual se venía desarrollando a través de un aplicativo sencillo en el programa Microsoft Access.



Un elemento esencial de este componente de gestión fueron las coordinaciones, en particular con el Centro Materno Infantil Perú Korea del MINSA, en cuya jurisdicción nos encontrábamos. Con ellos se programaron diversas actividades conjuntas tales como campañas de vacunación, convocando específicamente a los niños con vacunas faltantes, a partir de la información obtenida en el censo familiar y a la información complementaria obtenida por "barridos" periódicos efectuados por los médicos residentes en busca de niños que carecían de vacunas, o campañas de toma de papanicolaou (PAP) dirigidas específicamente a las mujeres residentes en la zona que no tenían PAP, obtenidas a partir de información equivalente. Igualmente, fue muy estrecha la coordinación con los dirigentes de la zona y con la institución parroquial y sus grupos de apoyo, en particular con las señoras de la pastoral socio-caritativa de la zona, las cuales dieron un respaldo efectivo en prácticamente todas las actividades colectivas desarrolladas durante el funcionamiento del establecimiento.

Un último aspecto a considerar en el componente de gestión fue la actividad tendiente a instalar un proceso de mejoramiento continuo de la calidad en el establecimiento, en el cual se identificó la inasistencia de los pacientes a sus reevaluaciones como problema a mejorar y a partir de ello se efectuó la definición operativa e identificación de quiénes se implicarían en proceso de mejoramiento. Acto seguido se realizó el análisis y estudio del problema empleando el esquema de causa-efecto de Ishikawa y el desarrollo de soluciones y medidas para mejorar la calidad. Finalmente se propuso la implementación y evaluación de las actividades para mejorar la calidad, y ellas se estaban implementando gradualmente cuando se cerró abruptamente la experiencia.

### COMPONENTE DE FINANCIAMIENTO

**Requerimiento:** Se requería una modalidad de financiamiento que favoreciera la viabilidad de este tipo de intervenciones integrales, manteniendo la lógica de un aseguramiento universal, en la cual las familias sólo por el hecho de pertenecer a la zona de adscripción tenían derecho al paquete de actividades propuestas.

**Avance:** Este fue el punto menos desarrollado por la intervención. Al tratarse de una experiencia privada con limitado respaldo institucional, se limitaron las posibilidades de trabajar con un seguro propio, como fue en algún momento propuesto. En tal sentido, los recursos que se manejaron fueron procedentes de donaciones de medicamentos de instituciones hermanadas, de la propia comunidad parroquial, y a través de canalización de recursos de otras instituciones como el propio Centro Materno Infantil Perú Korea, a través de cuyos responsables de Salud de la Mujer y Salud del Niño se coordinaron actividades para cubrir las brechas

de necesidades en cuando no se contaba con recursos para cubrirlos, tales como las vacunas contempladas en el esquema de vacunación del MINSA y el PAP, ya mencionados. Igualmente, se movilizaron otras instituciones como el Club de Leones de Lince Amistad y de Lima en general, con el que se desarrolló una campaña de salud.

### DISCUSION

Si bien la iniciativa aquí presentada puede considerarse pionera en el ámbito urbano-marginal dentro del Perú, es importante remarcar que la experiencia desarrollada en el CPMFV-UPCH se inspiró en iniciativas anteriores desarrolladas a nivel nacional en localidades del interior del país como Ayacucho, La Libertad, Cajamarca [6-8] dentro de lo propuesto por el MAIS [4], así como iniciativas relacionadas en países como Chile, Bolivia, Nicaragua, Panamá, Brasil, España, entre otros [25-31].

Algo digno de resaltar es su estructura docente-asistencial, logrando un aprendizaje en servicios activos pero controlables, y bajo un entorno eminentemente pedagógico, algo que cada vez se busca más como el patrón oro en el entrenamiento de personal [32]. Un punto relevante en este sentido es considerar que esta iniciativa se construye sobre una larga tradición de experiencias docente-asistenciales realizadas por la UPCH, cuyas actividades en esta área se inician en la década de los 70 del siglo pasado y continúan hasta la actualidad.

Con la experiencia presentada se logró concretar los más importantes principios y valores de la Atención Integral propuestos dentro del marco del MAIS [4], al conseguirse logros en:

**Accesibilidad:** Puesto que para estas familias se superaron las barreras geográficas, financieras, organizacionales y estructurales, comunes en áreas sub-servidas como aquella en la que se desarrolló la experiencia [33,34]; algo que se logró desarrollando intervenciones y servicios tanto en el establecimiento, como en la comunidad y en sus propios domicilios, asegurándose además su aceptabilidad en el marco cultural y de valores de las comunidades servidas.



*Atención Integral e Integrada:* Se ofreció un conjunto de contactos programados en base a las necesidades de las familias, los cuales incorporaban acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades, atención curativa, rehabilitación y soporte físico, apoyo espiritual y un abordaje psicosocial a la población adscrita [4,35-37].

*Continuidad y longitudinalidad:* Porque se ofrecieron servicios asegurando que los contactos se repitan con la periodicidad que se requiera para conseguir el resultado esperado, y articulando los servicios del CPMFV-UPCH con los del MINSA en la zona y en el hospital de referencia. Por otro lado, la atención con el mismo equipo y en particular con el médico residente encargado del sector garantizaba la longitudinalidad de la atención, incluyendo el trabajo con diferentes miembros de la misma familia [35, 38, 39].

*Énfasis en la promoción y prevención:* Esto puede ser constatado por el notable peso de las actividades en esta área que eran desarrolladas por los equipos en su aproximación cotidiana a las familias, implementando actividades preventivo-promocionales orientadas a los diferentes escenarios en los que se desarrollan las actividades de la población, en la familia, comunidad, centros educativos y otros.

*Enfoque familiar y comunitario:* Partiendo de las necesidades de las familias y la comunidad, basados en información de primera fuente que permitían reconstruir el contexto social y cultural de las personas y su entorno, se planteaban respuestas específicas para cada una de ellas, en el marco de la Atención Integral a las familias y la APOC [40,41].

*Enfoque centrado en la persona:* Orientado a generar vínculos estables con la población adscrita, y a partir de ellos ver a las familias bajo el cuidado de los equipos de salud como seres semejantes, que a pesar de sus dificultades, requieren nuevas oportunidades para cuidar de su salud y en el cual se considera al paciente como un sujeto de derechos en el cual debe reposar nuestro humanismo y compasión [42,43].

*Trabajo basado en equipos con adscripción territorial:* Adherimos a un modelo de organización basado en equipos de salud a los cuales se les adscribe un territorio y un número específico de familias, para cuyas necesidades el equipo debe generar una respuesta en salud resolutive [27,44]. Una de nuestras mayores limitaciones fue el no contar con múltiples disciplinas para la conformación de los equipos, debido a las limitaciones para la coordinación universitaria o con otras instituciones que pudieran aportar diferentes profesionales a la intervención. Sin embargo, ello fue en buena cuenta suplido por el perfil polifuncional de los médicos familiares, quienes son entrenados para desempeñar múltiples funciones que en otras circunstancias pueden ser desarrolladas por profesionales de diferentes ramas de la salud y el trabajo social [45].

*Modelo de Gestión orientado a la Atención Primaria:* Este modelo implicaba un mayor trabajo en equipo, un modo de gerenciar los servicios de corte más horizontal y la incorporación de nuevos procesos e instrumentos para el manejo de información, el monitoreo de actividades y la asignación óptima de recursos para garantizar una adecuada Atención Integral [23].

Además se pudo impregnar en todas las actividades un marcado

*Enfoque Docente-Asistencial:* Una de las mayores potencialidades que fue notoriamente explotada dentro de esta experiencia fue la capacidad de cambiar los esquemas rígidos de aplicación de normatividad vigentes en las instituciones (en el caso peruano, MINSA y EsSalud) por una iniciativa flexible, en la que la respuesta ante la realidad era consistentemente construida, deconstruida y reconstruida periódicamente, en función a la lectura cambiante de la situación circundante. En este marco, fue muy relevante la participación de los diferentes actores de la experiencia como los representantes de la comunidad, el personal de salud que laboraba en los equipos y fundamentalmente los propios residentes que aportaban una mirada siempre fresca e innovadora a los procesos a desarrollarse.

Es importante considerar que esta iniciativa, con todos los resultados alcanzados, ha sido desarrollada en un contexto de una comunidad notoriamente pobre y con un soporte limitado de la UPCH. Por ello representa una demostración adicional de que no se requieren grandes inversiones para implementar una intervención de esta naturaleza y por el contrario es necesario una importante dosis de flexibilidad, creatividad e iniciativa innovadora, para así configurar y reconfigurar procesos, según las necesidades



provenientes de las lecturas de la realidad, tal y como ha sido sugerido en iniciativas regidas bajo los procesos de mejoramiento de la calidad en el ámbito de la atención primaria [46].

A través de esta experiencia, se puede extraer como una lección aprendida la importancia de contar con un Centro de Medicina Familiar Docente-Asistencial como el CPMFV-UPCH, independiente de los establecimientos públicos (en el caso peruano, establecimientos del MINSA y EsSalud) donde rotan los residentes habitualmente. Ello es importante para los futuros especialistas porque permite la formación en un servicio equivalente a lo que sería el ideal de los futuros ámbitos laborales de los residentes de Medicina Familiar, algo particularmente importante para contextos sin reales unidades de atención primaria repotenciadas por la especialidad. Ello posibilita a los residentes desarrollar y completar tareas y actividades equivalentes a las propuestas por la especialidad en otras partes del mundo con infraestructura y organización más elaboradas, en condiciones reales y con sus propias familias adscritas. Con ello se permite al médico residente adquirir y complementar los conocimientos, habilidades y actitudes relacionados al bloque de competencias en Atención Integral a la Persona y Familia, Atención Integral a la Comunidad, Gestión y Administración. Estas características le dan mayor significado al aprendizaje obtenido, dado que de inmediato los conocimientos acumulados se convierten en beneficio para la población. Asimismo un Centro de Medicina Familiar como el CPMFV-UPCH es importante para la comunidad, pues el tipo de intervenciones que ofrece favorecen el logro de una mayor equidad en el acceso, la contención de costos (evitando la escalada económica producto del uso indiscriminado de nueva tecnología que encarece la prestación sin ofrecer beneficios substanciales a cambio) y la optimización de la salud de la población empleando el más avanzado estado de conocimiento posible, obteniendo una alta

resolutividad al mismo tiempo que se preserva la humanización de los cuidados ofrecidos [43,45]. En tercer lugar, el escenario provisto por un establecimiento como el CPMFV-UPCH es de suma importancia para la universidad, pues permite la formación de recursos humanos de atención primaria en un escenario óptimo, al mismo tiempo que le permite mantener el liderazgo en esta área, ensayar nuevos modelos en atención primaria y desarrollar propuestas para enriquecer los debates sobre la escena sanitaria nacional.

Desafortunadamente, la experiencia del Centro Piloto de Medicina Familiar de Ventanilla, como suele ocurrir en situaciones con menor desarrollo institucional ampliamente vigentes en países latinoamericanos, fue finalizada sin haber cumplido completamente sus objetivos, a inicios del año 2010.

Sin embargo los procesos y el desarrollo instrumental originados por esta iniciativa sobreviven, al ser la pieza fundamental de la nueva ola de experiencias de implementación del MAIS en costa, sierra y selva del país surgida en el marco del aseguramiento universal en la primera mitad del año 2010, como una de las estrategias centrales con miras a cumplir con los objetivos del milenio [47]. En ese sentido, la iniciativa del CPMFV-UPCH no sólo se constituyó en una respuesta válida al desafío de formar profesionales con competencias sólidas en atención integral y estar a la vanguardia de la Medicina Familiar y Atención Primaria, sino que además sentó nuevas bases para implementar el MAIS en el país, y así brindar un servicio resolutivo, de calidad y con calidez para las familias más vulnerables del Perú.

**Agradecimiento:** El equipo de ejecutores de esta experiencia, liderado por los autores, expresa su reconocimiento a los pacientes y población de los AA. HH. de Pachacútec en Ventanilla por su participación y valiosa información. También agradecen al personal de salud del CPMFV-UPCH y del C.S. Perú Korea del MINSA, punto de referencia en la jurisdicción. Igualmente agradecemos a los representantes de las comunidades donde se desarrolló el trabajo, al Dr. Jorge Berríos Reiterer, promotor de esta experiencia y enlace entre la universidad y la institución parroquial y a las demás autoridades universitarias que apoyaron en su momento esta experiencia. Especialmente se agradece al Padre Richard Córdova, párroco de la jurisdicción y a los Dres. Karina Montano, Jaime Ramos, Joel Vásquez y Lupe Zárate, médicos residentes que junto con el Dr. Arturo Jurado, fueron los pilares del despegue de esta intervención. Finalmente agradecemos a los otros residentes y tutores participantes, instituciones y profesores nacionales e internacionales que ofrecieron su apoyo a esta experiencia.



## REFERENCIAS

- (1) Starfield B. Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly*. 2005; 83: 457-502.
- (2) Suárez-Bustamante MA. La Medicina Familiar en el Perú: evolución y desafíos. *Revista Peruana de Medicina Experimental Y Salud Pública*. 2008; 25 (3): 309-15.
- (3) Nuñez-Cortez J. Enseñanza de las habilidades clínicas. *Educación Médica*. 2008; 11 (suppl 1): S21-S27.
- (4) Perú - Ministerio de Salud. El modelo de atención integral. Lima: MINSa; 2003.
- (5) Delgado-Arroyo RM D-E. El médico familiar: clave de la sostenibilidad de la atención integral de salud. *RAMPA – Rev. Aten Integral Salud y Med. Fam.* 2006; 1 (2): 116-26.
- (6) Dirección Regional de Salud Ayacucho. Trabajo Comunitario en promoción de la salud en el "Modelo de Atención de Salud Ayacucho". Ayacucho: Ministerio de Salud; 2003.
- (7) Dirección Regional de Salud Ayacucho. Modelo de Atención de Salud- Ayacucho. Ayacucho: MINSa Perú; 2004.
- (8) Dirección Regional de Salud La Libertad. El Modelo de Atención Integral: Propuesta de Paquetes de Atención Integral de Salud Equipo Técnico DISA La Libertad. La Libertad: Ministerio de Salud; 2004.
- (9) Facultad de Medicina Humana, Universidad Católica de Chile. Proyecto Ancora, Red de Centros de Salud Familiar UC. Santiago: PUCCH; 2006. citado en: 15/05/2009. Disponible en: <http://www.isapre.cl/subidos/documentos/Alvaro%20Tellez.ppt#458,1>, PROYECTO ÁNCORA.
- (10) Inst.Sup.Ciencias Médicas. La formación del médico general como médico de la familia. La Habana: ISCM; 1988.
- (11) Moreno-Marín J. Formación de especialistas. In: Ceitlin J, Gómez Gascón T, editores. *Medicina de Familia: La Clave de un Nuevo Modelo*. Madrid: SEMFYC y CIMF; 1997. p. 362-85.
- (12) Saura-Llamas J. Manual del Tutor. Como enseñar y aprender a ser Médico de Familia. Madrid: Sección de Docencia de la Sem. FyC; 1997.
- (13) Simó Miñana J, Campos Gonzáles J, Sanfélix Genovés J. Carrera Profesional y Médicos de Familia: reflexiones y propuesta (I). *Atención Primaria*. 2002; 29 (2): 109-15.
- (14) McWhinney I. *Medicina de Familia*. Barcelona: Doyma; 1995.
- (15) Medalie J. *Family Medicine principles and practice*. Philadelphia: Williams and Wilkins; 1978.
- (16) Brasil MdS. Painei de Indicadores do SUS, 4 - Temático Saúde da Família. Washington: Ministério da Saúde, Organização Panamericana da Saúde; 2008.
- (17) Comité Ejecutivo de la OMS. Atención primaria de salud, incluido el fortalecimiento de los sistemas de salud. Ginebra: OMS; 2009. citado en: 15/05/2009. Disponible en: [http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB124/B124\\_R8-sp.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB124/B124_R8-sp.pdf).
- (18) Martín-Zurro A. El modelo de atención primaria de salud: balance y perspectivas. *Atención Primaria*. 2000; 25: 48-58.
- (19) Mesa de Expertos y Líderes de salud de las Américas sobre Medicina Familiar. Declaración de Buenos Aires. En: Ceitlin J, editor. *Relato final de la Conferencia de Expertos y Líderes de salud de las Américas sobre Medicina Familiar en la Reforma de los Servicios de Salud*; Buenos Aires: CIMF; 1996.
- (20) Exploring Public Health Career Paths (página web en internet). Washington: 2010; citado en: 15/02/2010). Disponible en: <http://www.naccho.org/contact/index.cfm>.
- (21) Organización Mundial de la Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud ALMA-ATA. URSS, 6-12 sept. 1978. Ginebra: WHO; 1978. citado en: 15 de mayo del 2009. Disponible en: [www.Paho.org/spanich/ad/th/os/aps.documentoposicion19.07.05pdf](http://www.Paho.org/spanich/ad/th/os/aps.documentoposicion19.07.05pdf).
- (22) Institute of Medicine. *Defining Primary Care: An interim report*. Washington DC: National Academy Press; 1994.
- (23) Starfield B. Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson; 2004.
- (24) Organización Panamericana de la Salud. *Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas: Documento de posición de la Organización*. Washington DC: OPS/OMS; 2007.
- (25) de-Almeida-Godinho RW L-C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev. Latinoam. enfermagem*. 2005; 13 (6): 1027-34.
- (26) Domínguez-del OJ. La Medicina Familiar en México y en el Mundo. *Arch. Med. Fam.* 2003; 5 (4): 136-9.
- (27) Gérvas J. Atención Primaria fuerte: fundamento clínico, epidemiológico y social en los países desarrollados y en desarrollo. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2006; 9 (3): 384-400.
- (28) Bolivia Ministerio de salud y Deportes. *Modelo de salud Familiar Comunitario Intercultural*. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes; 2007. citado en: 15/05/2009. Disponible en: <http://www.sns.gov.bo/politica/MSFC1%20FINAL%2015%20DE%20ABRIL.pdf>.
- (29) Nicaragua Ministerio de Salud. *modelo de salud familiar y comunitario*. Managua: Ministerio de Salud; 2008. citado en: 15/05/2009. Disponible en: [http://www.ops.org.ni/index.php?Itemid=34&func=filein&fo&id=572&option=com\\_remository](http://www.ops.org.ni/index.php?Itemid=34&func=filein&fo&id=572&option=com_remository).
- (30) Caja de Seguro Social Región de Salud San Miguelito. *Propuesta de modelo de atención de salud familiar, comunitario y ecológico*. Panamá: CSS; 1997.
- (31) Propuesta de un modelo de salud familiar ambiental y comunitario (página web en internet). Panamá: Ministerio de Salud; (update: 1996; citado en: 15/05/2009). Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LIL.ACS&lang=p&nextAction=ink&exprSearch=357272&indexSearch=ID>.
- (32) Crisp N. Training the health workforce: scaling up, saving lives. *The Lancet*. 2008; 371 (9613): 689-90.
- (33) Silva NN PGPRFW. Desigualdades sociais e uso de serviços de saúde: evidências de uma análise estratificada. *Rev Saúde Pública*. 2000; 34 : 44-9.
- (34) Kinman EL. Evaluating health service equity at a primary care clinic in Chilimarca. *Bolivia. Soc Sci Med*. 1999; 49 (5): 663-78.
- (35) Baird M. Importancia de trabajar con familias. In: Ceitlin J, Gómez Gascón T, editores. *Medicina de Familia: La Clave de un Nuevo Modelo*. Madrid: SEMFYC y CIMF; 1997. p. 49-58.
- (36) Louro Bernal I. Modelo de salud del grupo familiar. *Rev Cubana Salud Pública*. 2005; 31 (4): 332-7.
- (37) Stewart KJ. Preserving family medicine's integrity. *Fam. Pract. Manag.* 2004; 11 (3): 20.
- (38) de la Revilla L. *Conceptos e instrumentos de la Atención familiar*. Barcelona: Doyma; 1998.
- (39) Machado MH. Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa de Saúde da Família: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
- (40) Kark SL. *Atención Primaria Orientada a la Comunidad*. Barcelona Edit Doyma; 1997.
- (41) Nutting PA. Community-Oriented Primary Care: An integrated model for practice research, and education. *Am J Prev. Med.* 1986; 2 : 140-7.
- (42) Duran EE. ¿Donde ha quedado el lado humano de la atención? *Actual enferm.* 2002; 5 (1): 6.
- (43) Hojat M. Physician empathy: definition, components, measurement, and the relationship to gender and specialty. *Am J Psychiatry*. 2002; 159 : 1563-9.
- (44) Gérvas J. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. *Rev. Bras. Epid.* 2005; 8: 17.
- (45) Orzano AJ, McInerney CR, Tallia AF, Scharf D, Crabtree BF. Family medicine practice performance and knowledge management. *Health Care Manage Rev.* 2008; 33 (1): 21-8.
- (46) Heath I. Quality in primary health care: a multidimensional approach to complexity. *BMJ*. 2009; 338 : b1242.
- (47) Naciones U. *Objetivos de desarrollo del Milenio. Informe de 2007*. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas; 2007.

